Republic of Ecuador

EDICT OF GOVERNMENT

In order to promote public education and public safety, equal justice for all, a better informed citizenry, the rule of law, world trade and world peace, this legal document is hereby made available on a noncommercial basis, as it is the right of all humans to know and speak the laws that govern them.

GPE INEN 7 (1975) (Spanish): Guía para la presentación de los avisos sobre accidentes de trabajo

BLANK PAGE

PROTECTED BY COPYRIGHT

INEN

INSTITUTO ECUATORIANO DE NORMALIZACIÓN

GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS AVISOS SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO

1975

Quito - Ecuador

Guía Práctica Ecuatoriana	GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS AVISOS SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO	GPE INEN 007:1975

1 OBJETO

1.1 Esta guía tiene por objeto establecer un formulario único para la presentación de la información concerniente a la denuncia de un accidente de trabajo.

2 ALCANCE

2.1 Esta guía se aplicará a todos los avisos sobre accidentes de trabajo, a ser reportados al Departamento de Riesgos de Trabajo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

3. DISPOSICIONES GENERALES

3.1 Para reportar un accidente de trabajo, deberá utilizarse el formulario que se indica en el anexo A.

3.2 Este formulario corresponderá al formato A-4 (210 x 297 mm) (INEN 72) Y estará impreso en los dos lados.

(Continúa)

Instituto Ecuatoriano de Normalización, INEN – Casilla 17-01-3999 – Baquerizo Moreno E8-29 y Almagro – Quito-Ecuador – Prohibida la reproducción

ANEXO A

IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	AVISO DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEPARTAMENTO DE RIESGOS DEL TRABAJO	INEN Instituto Ecuatoriano de Normalización

Datos que deberá llenar la empresa o patrono

I.- DATOS GENERALES

1.1 Patrono/Empresa.-

a) Denominación o razón social.....
.....
b) Número Patronal.....
c) Dirección.....
d) Teléfono.....; Casilla.....
e) Número de personal ocupado.....
f) Fecha último pago de aportes al IESS y número del comprobante.....

1.2 Accidentado.-

a) Nombre.....
.....
b) No. de afiliación.....
c) Sexo.....; Estado Civil.....
d) Trabajo habitual.....
e) Horario regular.....
f) Salario diario.....; Mensual.....
g) Tiempo en servicio.....

II.- DETALLES DEL ACCIDENTE

Fallecimiento ☐ Incapacidad ☐

a) Día.....; Fecha.....; Hora.....
b) Sitio donde ocurrió el accidente (anótese el lugar dentro de la empresa, calle, carretera o población).....
.....
c) Descripción del accidente (qué hacía el trabajador y cómo se lesionó).....
.....
.....
.....
.....
d) Máquina, parte de ella, herramienta, vehículo, objeto o substancia que produjo directamente la lesión
.....
e) Defecto en máquinas, herramientas, objetos o substancias que produjeron el accidente.....
.....
f) Falla del trabajador o de sus compañeros que causó el accidente.....
.....
g) Nombres de tres testigos, si los hubo.....
.....

III.- PREVENCION

Para eliminar las causas de este accidente y evitar su repetición la Empresa ha dispuesto las siguientes medidas: (Marcar con una X)

☐ Reparar máquinas, equipo, herramientas, etc.
☐ Instalar Protección o resguardo
☐ Comprar equipo de protección personal
☐ Instruir mejor al personal
☐ Corregir el método de trabajo
☐ Cambio de faena, trabajo, etc.
☐ Mejorar el ambiente
☐ Reparar el área de trabajo
☐ Medidas disciplinarias
☐ Exigir uso del equipo protector
☐ Mayor Supervisión y control
☐ Mejorar iluminación
☐

Plazo máximo para su cumplimiento.....

IV.- CERTIFICACIONES

Lugar y Fecha.....
Lugar Día Mes Año

.....
Firma y Sello del Patrono

.....
Nombre y firma del denunciante (trabajador o familiar, en caso de que no lo haga el patrono)

Control Interno del IESS

Fecha de recepción.....

Firma y sello del empleado.....

V.- INFORME MEDICO INICIAL

(Datos que deberá llenar el Médico del IESS que atendió al accidentado)

a) Lugar y fecha en que se presentó el accidentado al servicio Médico del IESS
Lugar..... Día..... Mes.....Año.....

b) Presentaba síntomas de Intoxicación por alcohol ☐
Intoxicación por otras drogas ☐

c) Otros datos Hubo riña ☐
Hay sospecha de simulación ☐

d) Descripción de las lesiones.....
.....
.....
.....

Unidad médica que informa.....
Nombre y firma del facultativo.....
Fecha.....

VI.- INFORME DE MEDICINA DEL TRABAJO

Naturaleza de la lesión

a) 1. Abluciones ☐ ; 2. Amputaciones ☐ ;3. Asfixia ☐ ; 4. Compresión ☐ ; 5. Contución ☐ ; 6. Cuerpos extraños ☐ ; 7. Escoriación ☐ ;8. Esguince ☐ ;9. Fractura ☐ ; 10. Herida ☐ ; 11. Hernias ☐ ; 12. Luxación ☐ ; 13. Machacamiento ☐ ;14. Quemaduras ☐ ; 15. Roturas musculares ☐ ; 16. Otros ☐ .

b) Partes del cuerpo afectado
1. Abdomen ☐ ; 2. Antebrazo D. ☐ ; 3. I. ☐ ; 4. Brazo D. ☐ ; 5. I. ☐ ; 6. Cabeza ☐ ; 7. Cadera ☐ ; 8. Cara ☐ ; 9 Codo D ☐ ; 10. I. ☐ ; 11. Columna vertebral ☐ ; 12. Cuello ☐ ; 13. Dedos de la mano D. ☐ ; 19. I. ☐ ; 15. Dedos del pie D. ☐ ; 15. I. ☐ ; 17. Espalda ☐ ;18. Hombro D. ☐ ;19.I. ☐ ; 20. Ingle ☐ ; 21, Mano D. ☐ 22. I. ☐ ; 23. Muñeca D. ☐ 24. I. ☐ ;25. Muslo ☐ ; 26. Ojo D. ☐ ; 27. I. ☐ ; 28. Pelvis ☐ ; 29. Pie D. ☐ 30. I. ☐ ; 31. Pierna D. ☐ 32. I. ☐ ; 33. Rodilla D. ☐ 34. I. ☐ ; 35. Tobillo D. ☐ 36. I. ☐ ; 37. Tórax ☐ ; 38. Otros ☐ .

c) Las lesiones que presenta el accidentado _____ tienen relación directa con el accidente.
si o no

d) El trabajo habitual del accidentado es.....

e) Las lesiones que presenta el accidentado..... le incapacitan para ejecutar su trabajo.
si o no

f) El tiempo probable en que podrá reanudar sus labores será de.....

g) El accidentado tenía los defectos físicos o funcionales que a continuación se indican antes de acaecer el accidente.....
.....
.....

Observaciones.....
.....
.....

Vto. Bno. Jefe de la Sección de Medicina del Trabajo.....
Firma

Luga y fecha.....

VII.- CALIFICACION DEL DEPARTAMENTO DE RIESGOS DEL TRABAJO

a) El presente caso ..... se acepta como riesgo profesional
si o no

b) Nombre y firma del funcionario que calificó el caso.....
Nombre y Firma

Lugar y Fecha.....

APENDICE Z

Z.1 NORMAS A CONSULTAR

INEN 72 *Formatos de Papeles. Series de formaras finales.*

Z.2 BASES DE ESTUDIO

Formularios para reportar accidentes de trabajo vigentes en diversos países sudamericanos.